

**SV-Nummer**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Anamnese**

Diabetes-Diagnose (Jahr) 

--	--	--	--

 Hypertonie seit (Jahr) 

--	--	--	--

**Sekundärkomplikationen**

	ja	nein	
Blindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terminales Nierenversagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz: Infarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bypass/Dilatation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Apoplexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	major	minor	nein
Amputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Symptome**

	ja	nein
Neuropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Claudicatio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIA/PRIND	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Hypoglykämien (Fremdhilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erektile Dysfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Komorbiditäten**

	ja	nein
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KHK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAVK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bypass/Dilatation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Augenuntersuchung**  
(in den letzten 12 Monaten)

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Fußuntersuchung**

	rechts		links	
	ja	nein	ja	nein
Fußdeformität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulkus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puls tastbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrationsempfinden vermindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Rauchen**

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Diabetes-Schulung**

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann (Jahr) 

--	--	--	--

**Lebensqualität**

EQ-5D 

--	--	--	--	--	--

EQ-5D VAS 

--	--	--

**Gemessene Werte**

Gewicht (kg) 

--	--	--

 Größe (cm) 

--	--	--

 Blutdruck in Ruhe Ordinationsmessung (mmHg) 

--	--	--	--

 / 

--	--	--	--

HbA1c (% oder mmol/mol) 

--	--	--	--	--

 Cholesterin (mg/dl) 

--	--	--	--

 HDL-Chol (mg/dl) 

--	--	--

 Triglyceride (mg/dl) 

--	--	--	--

Kreatinin (mg/dl) 

--	--	--	--

 eGFR (mittels CKD-EPI-Formel) - ml/min/1,73 m<sup>2</sup>

--	--	--	--

 Albumin-Kreatinin-Quotient im Harn (mg/g) 

--	--	--	--	--	--

 < (kleiner als)

**Therapie**

	ja	nein
Nur Diät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kombi-Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutfette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zielvereinbarungen**

HbA1c (% oder mmol/mol) 

--	--	--	--	--

	ja	nein
Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Selbstkontrolle**

Blutdruckmessung

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blutzuckermessung

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vertragspartner-Nr.**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Untersuchungsdatum**

Tag 

--	--	--

 Monat 

--	--	--

 Jahr 

--	--	--	--	--	--

**Unterschrift Ärztin/Arzt**

--